

# Rapport au C.S.E. de l'Anaes du 04 nov. 2004

---

**RECOMMANDATION pour la PRATIQUE CLINIQUE**

**« Hémorragies du Post Partum Immédiat »**

Co-rapporteur : Gilles GAEBEL

## PREAMBULE

### Cadrage (du CSE le 24 juin 2004) :

---

#### I. Demandeurs :

- Direction Générale de la Santé,
- Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.

#### II . Contexte de la demande :

« La diminution du taux de mortalité maternelle est un objectif majeur de santé publique. L'hémorragie du post-partum est la première cause de mortalité maternelle en France devant l'éclampsie et les embolies amniotiques.

Le comité national d'experts sur la mortalité maternelle a émis un rapport en 2002, dans lequel il souligne qu'une grande majorité des décès par hémorragie aurait pu être évitée. Les principales causes de décès identifiées sont un traitement inadéquat, souvent associé à un délai de diagnostic et d'intervention trop long. Il apparaît donc nécessaire de proposer des recommandations pratiques pour la prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat. »

#### III . Date du Comité d'organisation : 18 Mars 2004

# Commentaires sur la forme et sur le fond

---

## Sur la forme (contexte et organisation) :

- Délais de travail trop courts : cadrage 24 juin 04, dernière étude rendue le 23 août, date de fin de relecture 31 août, 1ère validation 15 sept et finale début octobre 04 => 3,5 mois pour traiter un tel sujet !
- Recherches documentaires insuffisantes (Audipog, stat. sur % des hémorragies (graves ou non) par pays, ...)

## Sur le fond (résultats et préconisations) :

- volet prise en charge de l'HPP : bien traité !
- volet prévention : non exhaustif pour ses recommandations !

## Volet « Prévention » de la RPC :

### Chapitre « Facteurs de risques » :

« Ainsi la majorité (près des 2/3) des HPP surviennent sans qu'aucun facteur de risques connus soit clairement retrouvé. »

- Si les 2/3 des HPP ne sont pas liées à une pathologie connue,
- Cela signifie-t-il qu'elles seraient en relation à des causes physiologiques (?) et/ou à des pratiques obstétricales ?

Des études scientifiques (cf. Doc 3 - réf. Combs (2), CHU Rouen (4) (11),(13), (14),(15),(16), Letouze 2002, Dailland, ...) et le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle établissent un lien entre HPP et administration d'ocytociques avant et durant le travail et l'auteur reconnaît qu'aujourd'hui plus de la moitié des femmes en reçoivent !

« Le déclenchement du travail comme l'administration d'ocytocine est un facteur associé aux pathologies de la grossesse. »

=> Est-ce à dire que plus de la moitié des accouchements serait de type pathologique depuis 2 décennies ??

**Conclusion** : la RPP se doit d'inciter à la plus grande prudence en matière d'emploi d'ocytociques de synthèse et se doit de préconiser de continuer les recherches ...

# Volet « Prévention » de la RPC :

## Chapitre « Facteurs de risques » (suite) :

« La naissance par césarienne est reconnue comme facteur de risque pour la mère dans les argumentaires (cf. doc n°3). »

Les études :Combs (2), Descargues (4), Stones (5), mais surtout celles de Waterstone (6) et de Saunders (3) détectent un risque de facteur 3 (avec un nbre de césariennes équivalent à 10,8 % des NV).

- Qu'en est-il avec un taux moyen à + de 17% en France ?

Toujours en France, certaines maternités de niveau I atteignent des taux de 30, 32, voir 35 % des naissances, sans que pouvoirs publics ou professionnels s'en émeuvent...

**Conclusion** : Pour les maternités de niveau I dépassant le seuil de 17 %, la RPP se doit d'inciter à la prudence en matière de recours à la césarienne dans ses recommandations,

## Volet « Prévention » de la RPC :

### Chapitre « Facteurs de risques » (suite) :

« Les lésions du périnée sont des facteurs qui peuvent être à l'origine de l'HPP ou qui en aggravent les conséquences. »

Les études : Combs (2), Saunders (3) et Descargues (4), détectent les épisiotomies médiolatérales dans les facteurs fortement associés aux HPP. C'est ce type d'épisiotomie le plus utilisée en France (et non aux USA ...). Voir aussi recommandations de l'OMS : Cat.D-13 (<http://www.who.int/>)

L'enquête nationale périnatale de 1998 (accessible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/>) précise : « France : ..... 71,3 % d'épisiotomies chez les femmes primipares, 36,2 % chez les multipares, donc en moyenne 53,7 %, c'est à dire plus d'une femme sur deux ! » Les dernières données Audipog donneraient 49% en moyenne pour 2003 ...

Les déchirures graves, dont l'épisiotomie en routine serait la prévention, sont évaluées à moins de 1% des naissances dans les conditions naturelles ...

**Conclusion** : bien qu'une RPP soit envisagée pour 2005 sur ce sujet, cette RPP se doit d'inciter à la modération en matière de recours courant ou systématique à l'épisiotomie.

# Volet « Prévention » de la RPC :

## Chapitre « Prévention clinique et pharmaco ... » :

« Il est recommandé de réaliser systématiquement :

- .....
- une injection prophylactique d'ocytocine (grade B), ...»

Le terme « systématiquement » est incompatible avec tous actes médicaux « prophylactiques » ne mettant pas en cause la santé d'autrui. Il relève du consentement éclairé de la personne,

L'ocytocine de synthèse n'a fait l'objet d'aucune étude épidémiologique sur ses effets à moyen et long terme et son emploi prophylactique ne repose que sur un consensus professionnel (qui n'a pas plus de valeur scientifique que les consensus ayant existé par exemple sur le Distilbène, ou le Thalidomide à une époque ...). Des distorsions d'informations accessibles au public existent ...

Si la balance « bénéfice/risques » joue en faveur de ce geste en cas de risques d'HPP, l'injection systématique d'ocytociques de synthèse à 650 à 700 000 femmes en bonne santé, ne présentant pas elles-mêmes de risques particuliers, pose un problème d'éthique et un risque juridique (le fabricant se couvre et expose de ce fait les professionnels ... ). De plus, cette dose s'ajouterait à celles déjà reçues par plus d'une femme sur 2 au cours du travail...

**Conclusion :** La RPP devrait clairement subordonner l'injection préconisée au consentement éclairé de la femme et devrait préconiser l'actualisation des données publiques sur les précautions d'emploi et contre-indications.

## Argumentaires Question 3 :

### Chapitre « III. Paragraphe III-2.6 La mise au sein » :

« Cela ne permet pas de conclure à un effet sur le délai de la délivrance »

« Aucune donnée ne permet de valider actuellement une quelconque utilité de la mise au sein précoce sur la 3<sup>ème</sup> phase du travail (Accord professionnel). »

Une seule étude a été prise en compte (Malawi-1987), et la rédaction laisse entendre qu'il n'y en a pas d'autre ! **Ce qui est faux !**

L'étude de Chua S et al., « Influence of breastfeeding and nipple stimulation on post-partum uterine activity », Br J Ob Gyn 1994 ; 101 : 804-05 de 1994 a ainsi montré que la mise au sein augmentait de 93 % la contractilité utérine ! Il est reconnu que les premières tétées et les contractions utérines qu'elles provoquent diminuent énormément les risques d'hémorragie de la délivrance. Un pic d'ocytocine naturel est préférable à tout geste technique (injection de molécules de synthèse cf. diapo 7). Voir aussi RPP Anaes « Allaitement maternelle » 2002.

De plus, si la femme souhaite allaiter, la mise au sein précoce est un élément essentiel de l'établissement de la relation mère-enfant. En dehors de l'urgence, respecter cette demande est un droit, non une faveur ! Art. L 1111-4 du CSP et Décret N° 98-900 du 09 octobre 1998.

**Conclusion :** Un accord professionnel n'a pas de valeur scientifique et cette conclusion est partisane. La relation mère-enfant et ses biens-faits ne doit pas être sacrifiée aux intérêts de la structure et à ses contraintes. C'est les règles d'organisation qui doivent changer pour permettre cette relation.



## CONCLUSIONS :

---

Cette RPP constitue un progrès pour la prise en charge des HPP, en fixant des règles en matière d'attitude, de comportements et de techniques « qui sauvent ».

Par contre, le volet prévention laisse un goût d'inachevé, et finalement pose plus questions, qu'il n'apporte de réponses...

Ne pouvant être considéré que comme transitoire, ce travail doit être soumis à l'avis du CS, et devra faire l'objet d'une révision dans les plus brefs délais.

## CONCLUSIONS :

---

Dans l'intérêt "des usagers" :

des études devront être conduites pour mesurer l'incidence des facteurs de risque présumés, mais jusqu'ici éludés : déclenchement, ocytocines dans les phases du travail, position decubitus dorsal imposée, poussées dirigées, expression abdominale ...